UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920 — N° 36

LES TUMEURS MALIGNES

(CANCERS PROFONDS)

chez les Indigènes de l'Algérie

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1920

PAR

MARCHIONI RAOUL

Ancien Interne de l'Hôpital de Birtraria

Décoré de la Croix de Guerre

Né à Ajaccio, le 4 Décembre 1892

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, Professeur de Clinique chirurgicale..... Président.

LEBLANC, Professeur adjoint (Anatomie).....

CABANES, Chargé des fonctions d'Agrégé } Chirurgie } Juges

LOMBARD, Professeur Agrégé

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920 — N° 36

LES TUMEURS MALIGNES

(CANCERS PROFONDS)

chez les Indigènes de l'Algérie

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1920

PAR

MARCHIONI RAOUL

Ancien Interne de l'Hôpital de Birtraria

Décoré de la Croix de Guerre

Né à Ajaccio, le 4 Décembre 1892

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, Professeur de Clinique chirurgicale..... Président.

LEBLANC, Professeur adjoint (Anatomie).....

CABANES, Chargé des fonctions d'Agrégé } Chirurgie } Juges

LOMBARD, Professeur Agrégé

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... ..... MM. CURTILLET (O. ✠ I. ✪)
ASSESSEUR..... TRABUT (✠ I. ✪ ✱)

PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. WEBER (✠ I. ✪)
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✪)
Chimie biologique	MAILLARD (✠ I. ✪)
Chimie médicale et toxicologie.....	MALOSSE (I. ✪ ✪)
Clinique médicale.....	ARDIN-DELTEIL (I. ✪)
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	CURTILLET (O. ✠ I. ✪)
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✠ I. ✪)
Clinique ophtalmologique....	CANGE (✠ A. ✪)
Clinique médicale infantile.....	CRESPIN (I. ✪)
Histoire naturelle médicale et parasitologie.....	TRABUT (✠ I. ✪ ✱)
Histologie.....	ARGAUD (✠ I. ✪)
Hygiène.....	CHASSEVANT (✠ I. ✪)
Médecine légale	MICHELEAU (✠ I. ✪)
Matière médicale et thérapeutique.....	HÉRAIL (I. ✪)
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ ✠ I. ✪)
Pharmacie.....	BATTANDIER (I. ✪)
Physiologie.....	X...
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪)
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪)

PROFESSEUR HONORAIRE

M. A. TREILLE (O. ✠)

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✠ A. ✪)

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie..... ..... M. TOURNADE

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie.....	MM. FERRARI
Chirurgie.....	E. CABANÈS (✠ A. ✪) / LOMBARD
Médecine.....	RAYNAUD / MONTPELLIER
Accouchements.....	FUSTER (✠ A. ✪)
Chimie....	H. MALOSSE (A. ✪)
Pharmacie et matière médicale.....	MUSSO (A. ✪)
Parasitologie et sciences naturelles	NÈGRE

NOTA. — La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Professeur agrégé de l'Université au Lycée de Nice

Ravi hélas ! trop tôt à notre affection, il n'a pas eu la joie de nous voir arriver au terme de nos études.

L'obsession de son souvenir sacré qui ne disparaîtra qu'avec nous-même, nous a toujours été le plus puissant des soutiens.

Il nous a donné le plus bel exemple de loyauté et de travail.

Humble témoignage de profonde vénération.

A MA MÈRE

Qu'elle recoive la dédicace première de ce travail, gage de mon profond amour et de mon infinie reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée.

A MON FRÈRE

Surnuméraire des Domaines à Alger

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

François STÉFANACCI

Capitaine, tombé glorieusement devant l'ennemi en Champagne en 1915

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

Eugénie STÉFANACCI

Le souvenir vivace de sa grande affection, de sa vive intelligence et de la grâce qui l'animait, brillera toujours bien haut dans notre cœur.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND'MÈRE D'AJACCIO

« Bien faible témoignage de reconnaissance pour sa grande affection et son dévouement de tous les instants. »

A TOUTES MES TANTES

A MON ONCLE MEYER

Professeur de l'Université, à Ajaccio

« Il m'a toujours entouré ds sa grande bonté. Bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie. »

A MON ONCLE CANALE

Receveur des Domaines à Constantine

A MON ONCLE DUMOULIN

Conseiller à la Cour d'Appel de Bastia

A MES ONCLES DE BASTIA

A. PASSALAC, Dominique MARCHIONI et Antoine MARCHIONI

A MES ONCLES DE TUNIS

Louis MARCHIONI

Inspecteur des Postes

Ernest MARCHIONI

Inspecteur des Domaines

A MES COUSINS ET COUSINES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MON PRÉSIDENT DE THESE

A MES JUGES

Je dédie cette thèse.

J. R. M.

Introduction

S'il est une erreur généralement consacrée, c'est bien celle qui consiste à croire que l'Indigène de l'Afrique du Nord présente, une pathologie très spéciale, bien différente de la pathologie française. Cette croyance a pris naissance aux premiers jours de l'occupation, alors que la plupart de nos médecins coloniaux étaient naturellement imbus de ce principe qu'une différence de race, de sol, de climat et de coutumes, devait forcément conditionner une géographie médicale différente pour chaque pays. Au reste, ceci s'explique.

Il est de notion courante que telle maladie infectieuse règne ici à l'état endemique alors qu'elle ne peut s'acclimater là : la fièvre jaune qui fait tant de ravages dans certaines contrées du Nouveau-Monde, n'a guère atteint le vieux continent ; le Paludisme qui existe en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Espagne, bref, dans tout le bassin Méditerranéen, ne se rencontre jamais en Angleterre ; les Microspories qui pullulent dans la région parisienne diminuent de plus en plus au fur et à mesure que l'on descend vers le Sud, pour devenir excessivement rares en Algérie. Très certainement, il n'est pas douteux que les conditions climatologiques, atmosphériques, hygrométriques, telluriques, calorifiques, peuvent et doivent jouer quelque rôle dans l'évolution des différentes maladies. C'est là ce que l'on a appelé l'état hygiénique, la constitution médicale d'un pays.

Cette idée préconçue avec laquelle arrivaient les premiers pionniers de la médecine en Algérie, il leur était bien difficile au surplus, de s'en garder. A leur arrivée l'arabe vivait sans aucune hygiène, exacerbait son mal par diverses applications de substances plus ou moins irritantes, ou, fataliste, le laissait évoluer. Si bien que, la plupart du temps, c'est dans un état lamentable que le ma-

lade indigène se présentait à nos médecins. Ces derniers, on l'imagine sans peine, durent plus d'une fois, demeurer interdits devant ces mutilations inconcevables de ces vieilles syphilis tertiaires si fréquentes ici, devant ces cachexies palustres, ces misères physiologiques dont rien n'approche ; autant d'affections qu'ils n'avaient jamais rencontrées poussées à ce degré-là en France.

D'autre part, à cette époque la population indigène se montrait peu accessible, se livrait à l'examen médical et au traitement avec moins de confiance et plus d'appréhension qu'elle ne le fait aujourd'hui ; aussi conçoit-on les difficultés de diagnostic, pour ne pas dire plus, que durent éprouver les premiers médecins venus en Algérie. Leurs observations y perdirent en netteté, disons le mot, en impartialité. Ils en vinrent à être convaincus que l'Indigène d'Algérie présentait des affections très spéciales qui lui étaient propres et surtout que sa constitution atavique, le rendait réfractaire aux nombreuses maladies fréquentes dans la métropole : la Fièvre typhoïde, la Tuberculose, la Dysenterie, etc.

Ce sont là autant de croyances qui n'ont pas résisté à l'observation des faits. Ainsi, sans nier l'immunité individuelle qui peut s'expliquer par ce qu'on a appelé très justement la « vaccination insensible » nous savons tous aujourd'hui que l'arabe n'est pas à l'abri de la Typhoïde, comme on l'avait affirmé, et que souvent, cette maladie revêt même, chez lui, un caractère plus grave que chez l'Européen, — que la Tuberculose fait chez l'arabe les mêmes ravages, — que la Dysenterie se traduit chez lui par les mêmes symptômes que chez l'Européen.

Plus récemment même, n'a-t-on pas voulu et ne veut-on pas encore accorder cette prétendue immunité au Système nerveux de l'arabe vis-à-vis de la Syphilis ? Cependant en cette matière, il a été démontré par notre ami le Dr Montpellier que la vérole peut non seulement « lécher » à sa période primo-secondaire l'axe cérébro-spinal du Nord-Africain tout aussi fréquemment que celui de l'Européen, mais encore, peut s'y fixer au point d'y déterminer un syndrôme clinique manifeste, voire même de véritables paralysies précoces ou tardives.

Cette même idée préconçue d'une particularité très spéciale en ce qui concerne la Pathologie Nord-Africaine, a conduit les auteurs à éliminer d'emblée la possibilité de néoplasmes malins.

Si chez un Indigène qui se présentait à la consultation, on était appelé à constater un processus cutané térébrant, d'allure plus ou moins chronique, on avait immédiatement l'esprit orienté vers une

étiologie unique : la Syphilis tertiaire. On ne songeait jamais à une néoplasie possible. Et cette manière de voir, semblait en faveur de cette idée générale qui voulait, après de nombreuses enquêtes faites en Angleterre et en Allemagne, que le cancer soit d'autant plus rare qu'on se rapproche davantage des tropiques. Cette hypothèse basée sur des statistiques plus ou moins sûres parut donc trouver immédiatement confirmation en Algérie. Maints auteurs furent alors (1900), on le sait, très affirmatifs sur l'inexistence du cancer chez nos indigènes.

Les travaux de Brault et de Montpellier ont fait justice de ces affirmations : J. Brault dans son « Hygiène et Pathologie des Musulmans » (1908) et dans de nombreuses notes ; Montpellier, dans « La question de l'Epithélioma de la Peau chez l'Indigène d'Algérie (Alger, Editeur Stamel 1919) et dans « Les Tumeurs Malignes de la Peau chez les Indigènes d'Algérie » (Bulletin de la Société de Pathologie exotique du 9 avril 1919, et Bulletin de la Société de Dermatologie du mois de Novembre 1919) ; enfin Marchand dans sa Thèse de révision sur la « Contribution à l'étude des Tumeurs malignes de la Peau (Epithéliome et Sarcome) chez les Indigènes de l'Afrique du Nord » (1919), sont venus à bout de cette croyance à l'inexistence du cancer chez nos Indigènes.

C'est assez dire que cette question du cancer *cutané* chez le Musulman est désormais définitivement classée.

Sous l'inspiration de notre maître, M. le Dr Moggi, ce qui a été fait pour les cancers cutanés, nous avons décidé de le faire pour les cancers *profonds*.

Il est bien entendu que la plupart des chirurgiens de nos grands hôpitaux d'Algérie ont eu l'occasion de voir fréquemment des cancers chez les Musulmans algériens. Il n'en est pas moins certain que de nombreux médecins ayant exercé ou exerçant depuis longtemps dans l'Afrique du Nord, admettent encore l'inexistence à peu près complète des tumeurs malignes chez cette race. L'enquête des Docteurs Montpellier et Marchand le démontre. Le Docteur Martin, chirurgien en chef de l'Hôpital de Constantine, répondant à leur questionnaire ne disait-il pas en effet : « Depuis plus de trente ans que j'ai un service à l'Hôpital, je n'ai jamais vu un seul cas de cancer de la peau chez les arabes. J'ajoute que je n'ai jamais vu de cancer d'aucune partie du corps, ni utérus ni sein chez la femme, ni lèvre, ni estomac, ni intestin chez l'homme. A mon avis, il y aurait lieu de chercher pour quelle raison le cancer n'existe pas, ou du moins est très rare chez l'arabe d'Algérie. » De même,

le Docteur Féraud, médecin de l'Hôpital de Philippeville (département de Constantine) considère le cancer comme étant « une affection très rare chez l'Indigène. »

Si bien que, tout compte fait, *l'existence relativement fréquente du cancer profond chez l'arabe d'Algérie étant loin d'être admise par tous les auteurs et désormais classique*, nous avons cru intéressant et utile de vouloir, tout simplement, ajouter aux preuves déjà données une preuve de plus, à l'aide de quelques observations probantes. Tel sera l'objet de notre Thèse inaugurale. Ce sera là, non seulement un simple travail de géographie médicale, mais pensons-nous quelques pages pouvant peser d'un certain poids dans la mise au point de la pathologie générale du cancer.

***

Et maintenant que nous sommes arrivés au terme de nos études médicales, à la dernière étape du but que nous nous étions proposé, nous rendons un hommage ému au souvenir de nos camarades d'études tombés mortellement frappés sur les rudes champs de bataille. C'est bien souvent que nous pensons a eux. Leur énergie et leur dévouement inlassables seront toujours pour nous un exemple sacré dans la noble carrière médicale où nous allons nous engager.

Avant de dire l'au-revoir bien sincère à tous ceux qui partagèrent nos heures de gaîté et de mélancolie, il ne nous reste plus qu'à présenter à nos juges ce petit travail. Cette thèse nous offre l'occasion de témoigner d'une façon nullement équivoque de notre gratitude envers ceux de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux d'Alger qui ont guidé nos pas hésitants dans les sentiers épineux de la médecine et nous ont toujours fait preuve d'une très grande sollicitude.

Monsieur le Professeur Vincent nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de l'assurer de notre entière gratitude et de lui adresser ici un public hommage de dévouement et de respectueuse reconnaissance.

C'est Monsieur le Dr Moggi dont nous avons été l'Interne à l'hôpital de Birtraria pendant plus d'un an et demi qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous sommes heureux de lui exprimer tous nos remerciements. C'est à lui que nous devons notre modeste bagage chirurgical.

Que Monsieur le Professeur Curtillet qui fut notre maître pendant notre première année d'études nous permette de le remercier bien respectueusement pour l'accueil toujours si sympathique qu'il nous a réservé chaque fois que nous avons eu recours à lui.

Nous remercions tout particulièrement Monsieur le Professeur Ardin-Delteil, notre maître, de l'intérêt qu'il nous a toujours porté pendant le temps trop court passé dans son service, avant la guerre. Il nous sera toujours extrêmement agréable d'évoquer les heures passées à écouter ses brillantes leçons. Que notre maître soit assuré de tout notre dévouement. Dans son même service nous avons eu la bonne fortune de rencontrer et d'apprécier M. le Docteur Coudray qui nous a toujours prodigué ainsi qu'à notre famille toute sa science et tout son dévouement. C'est pour nous une grande joie d'avoir l'occasion de lui exprimer notre affectueuse gratitude.

Nous avons eu, au début de la guerre, l'inappréciable avantage de servir sous les ordres de M. le Docteur Raynaud. Plutôt qu'un chef, il fut pour nous un ami véritable. Nous avons pu pénétrer le secret de l'affection qui unit à jamais à lui ses élèves : nous lui resterons respectueusement attaché.

A Monsieur le Professeur Poujol dont nous avons suivi avec grand intérêt les savantes leçons d'anatomie pathologique et qui a eu l'extrême amabilité de nous céder de nombreuses observations histologiques, nous sommes heureux d'exprimer toute notre reconnaissance.

M. le Professeur Cange et son cousin le Docteur Chardin nous ont donné pendant près d'un an, alors que nous étions attaché à la consultation externe, de bonnes leçons pratiques d'ophtalmologie. Nous les en remercions bien sincèrement.

Monsieur le Dr Aboulker nous a rendu service en nous permettant de glaner dans ses travaux, deux observations ; nous lui en sommes reconnaissant.

Nous n'aurions garde d'oublier nos maîtres MM. les Professeurs Rouvier, Soulié, Crespin, Cabanes, Fuster, Weber, Argaud, Leblanc et Ferrari que nous assurons de toute notre gratitude.

Nous remercions notre excellent ami le Docteur J. Montpellier qui avec tant d'obligeance a mis ses propres travaux à notre entière

disposition, nous facilitant ainsi la découverte de renseignements utiles à la rédaction de notre thèse.

Nous remercions également tous les médecins d'Algérie qui ont eu la grande obligeance de nous honorer de leur réponse, facilitant ainsi notre travail en nous fournissant des documents qui ont leur importance.

Que MM. les Docteurs Lombard, Duboucher, Derrieu, Mosca, Poujet et Maury, chefs de clinique, reçoivent ici nos remerciements pour les conseils éclairés qu'ils nous donnèrent au cours de nos études.

Durant nos années d'Internat dans les services hospitaliers de la Ville d'Alger nous n'avons eu qu'à nous louer de nos chefs de service MM. les Docteurs Gardon et Marini. Ils ont toujours facilité notre besogne ; nous sommes heureux de les en remercier vivement.

Nous nous souviendrons toujours des bonnes gardes prises en commun à Mustapha et à Birtraria avec les bons camarades les Docteurs Pons-Leychard, Fischer, Bottaro et Margaillan.

Assurons en terminant de notre bien vive sympathie nos compagnons de travail les Docteurs Bernard, Somnier, Gautier et Azoulay avec lesquels nous avons pu passer, pleins d'ardeur, nos derniers examens.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous n'avons pas l'intention de faire, dans ce petit travail, un trop long historique. D'ailleurs, parmi la multitude de travaux publiés sur la Pathologie Nord-Africaine durant les années qui suivirent la conquête de l'Algérie, les communications intéressant le cancer chez l'Arabe sont fort peu nombreuses, presque rares. On verra que les avis des différents médecins concernant l'existence ou la fréquence du cancer chez les Arabes se trouvent souvent en contradiction. En effet, dès 1842, Gaudineau écrit : « Sont fréquents chez les Bédouins les ulcères chroniques, psoriques, variqueux, carcinomateux, syphilitiques ». Puis, Bertherand, qui fut le fondateur de l'Ecole de Médecine d'Alger, écrit, en 1855, dans sa *Médecine et Hygiène des Arabes :* « Le cancer se montre assez souvent chez l'Arabe, surtout dans le système osseux, au voisinage principalement des articulations, sous l'influence particulière des ravages de la syphilis invétérée et souvent aussi à cause des fractures et des luxations mal traîtées. Ainsi que le conseillaient du reste Avicène et Abul' Kassen, quel-

ques toubibs couvrent ces tumeurs cancéreuses de cataplasmes de feuilles de harmen (rue) après les avoir entourées d'une multitude de pointes de feu ».

Par contre, en 1859, Vedrenne, traversant la Kabylie, soutient que « le tubercule et le cancer, ces lèpres de nos Sociétés civilisées, sont presque inconnues en Kabylie ». En 1851, dans son *Exposé Clinique des Maladies des Kabyles*, Vincent écrit ces lignes : « Le cancer n'est pas rare en Kabylie... Le cancer partage, avec la syphilis et la scrofule, le privilège de localisation qui, dans quelques cas d'analogie pathologique de forme, vient parfois embarrasser le diagnostic et faire hésiter le traitement ».

Trois ans plus tard, Lecler est envoyé en mission, en Kabylie, également. Cet auteur a l'occasion de diagnostiquer une quinzaine de tumeurs, mais, chose bien regrettable, il ne fait que les mentionner, sans en faire la moindre description clinique. En 1898, L. Raynaud pensait pouvoir écrire que « l'épithélioma est « rare » chez l'Indigène ». Un an après, E. Legrain, dans un article sur la *Pathologie spéciale des Indigènes Algériens*, écrivait lui aussi : « L'épithélioma histologiquement diagnostiqué me semble inconnu chez les Indigènes ». Dès lors, ces idées de Legrain avaient été adoptées et il était généralement admis par l'opinion officielle et les classiques que l'Arabe de l'Afrique du Nord ne possédait pas les aptitudes nécessaires à l'éclosion du cancer.

Mais le Professeur J. Brault commençait à réagir. En effet, la même année, en 1899, Carrus soutint sa thèse à Montpellier. Dans cette thèse, Brault fit affirmer par son élève la fréquence relative du sarcome chez l'Arabe.

En 1905, dans son *Hygiène et Pathologie des Musulmans*, le Professeur Brault écrivait : « Nous manquons malheureu- » sement de statistiques, mais plus on connaîtra, plus on

» pénétrera le milieu indigène et plus on trouvera de tumeurs
» malignes, surtout chez les femmes peu ou mal soignées.
» Jadis on a fait de regrettables confusions entre la tubercu-
» lose, la syphilis et les néoplasies. Le mot d'ordre, d'une fa-
» çon générale, est que si les Européens présentent des tu-
» meurs malignes en nombre égal et d'ordre aussi varié que
» dans leur pays d'origine, les Indigènes, au contraire, sont
» plus réfractaires aux néoplasmes malins. Quelques auteurs
» ont prétendu que les pays à malaria étaient peu favorables
» pour le cancer ; c'est là une opinion entièrement en con-
» tradiction avec l'expérience. L'idée que les tumeurs mali
» gnes sont rares chez les Indigènes est si bien ancrée, qu'il y
» a quelques années un professeur allemand disait que le
» cancer ne se voyait que chez les Européens en Algérie
» (Lettre du Dr Gœbel, médecin-chef de l'Hôpital des Diaco-
» nesses d'Alexandrie, 1901)... Autrefois, quand nous avions
» des Services de Chirurgie, nous nous sommes surtout
» trouvé en présence de sarcomes chez les Indigènes. C'est
» ainsi qu'en 1894 nous avons opéré un tirailleur indigène
» qui présentait une localisation très rare, un sarcome primi-
» tif de l'intestin grêle. Nous trouvâmes deux dilatations am-
» pullaires de l'intestin ; la plus grosse avait le volume d'une
» tête d'enfant et pesait un kilog ; la plus petite pesait 700
» grammes. Il s'agissait, ainsi que l'a prouvé notre examen
» histologique, de sarcome globo-cellulaire absolument typi-
» que. A côté de ce fait, je dois signaler que mon collègue et
» ami, le Dr Rouget, attaché alors au Laboratoire de Bactério-
» logie de Constantine, a trouvé, à l'autopsie d'un tirailleur,
» un sarcome globo-cellulaire du petit intestin. Plus récem-
» ment (1902), j'ai observé dans mon Service à l'Hôpital de
» Mustapha, un Kabyle qui présentait à la fois un volumi-
» neux sarcome globo-cellulaire du crâne et une tumeur de
» même nature siégeant sur le tibia gauche. L'examen histo-
» logique a été pratiqué pour les deux tumeurs ».

En 1911, dans une note relativement récente sur le cancer

en Tunisie, Eug. Conseil donne une statistique dans laquelle il admet que le « cancer », terme pris dans un sens clinique, est « rare » chez l'Indigène de Tunisie, au même titre, dit-il, que chez le Musulman d'Algérie.

Tel est l'historique succinct des quelques publications qui ont trait, en Afrique du Nord, aux cancers. On voit qu'elles sont plutôt rares. Et encore faut-il ne pas perdre de vue que les travaux de Brault s'adressent aux tumeurs cutanées. Depuis cet auteur, nous n'avons rien trouvé d'autre, pouvant intéresser notre travail.

CHAPITRE II

Observations

Les observations que nous apportons — au nombre de 48 — nous les diviserons en deux groupes.

Dans le premier groupe, ne rentrent que les observations de cancers dont le diagnostic n'a pu être posé que cliniquement. Bien qu'elles puissent prêter à discussion, nous n'avons pas hésité à les publier car les noms qui figurent à leur tête, nous ont paru, pour le diagnostic, une solide garantie.

Dans le second groupe, ne sont envisagées que les observations de cancers authentifiés par l'examen histologique.

GROUPE I

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Dr Maury

Hadar Meziane, âgé de 52 ans, cultivateur, entre le 9 mars 1920 salle Dupuytren. M. le Professeur Vincent diagnostique chez cet indigène un adeno-sarcome de la cuisse au niveau du triangle de Scarpa.

Le début de l'affection remonte à 3 ans. Le malade constate à ce moment la présence d'une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur a augmenté progressivement et a causé depuis huit mois un œdème considérable du membre. Il y a trois mois, cet arabe a recours à une médication indigène consistant en applications de fer rouge très profondément dans la tumeur. Depuis ce moment, on constate un écoulement purulent, de la température et des douleurs peu vives. La tumeur est alors grosse comme la tête d'un fœtus, est adhérente aux plans musculaires formant le plancher du triangle de Scarpa. Le 16 mars on tente l'ablation de la tumeur. Elle ne peut être faite que d'une façon incomplète, la gaîne périvasculaire se trouvant envahie. On se proposait chez lui l'application de radium, mais le 23 du même mois le malade meurt par hémorrhagie secondaire à une rupture de la fémorale. — La tumeur était encéphaloïde comme consistance et comme aspect. Le Professeur Vincent avait posé le diagnostic de sarcome encéphaloïde. L'examen histologique n'a pas été fait, mais la photographie que nous devons à la grande amabilité de M. le Professeur Vincent est suffisamment suggestive.

OBSERVATION II

Recueillie dans le registre des opérations du service de chirurgie de M. le Professeur Vincent

Hadj Ali ben Zerouk, âgé de 50 ans, entre salle Dupuytren le 24 mai 1906. M. le Professeur Vincent pose le diagnostic de sarcome de la région sus-claviculaire gauche et l'opère le 26 mai. On fait une incision circonscrivant la tumeur qui a le volume d'un melon et une dissection soignée du tissu cellulaire sous-cutané pour aller à la recherche des prolongements néoplasiques nombreux. La reconstitution du plan superficiel est incomplète à cause du manque des téguments. Il reste de ce fait une surface de 10 cm^2 qui reste dénudée et dont la guérison se fera par bourgeonnements.

OBSERVATION III

recueillie dans le registre des opérations de M. le Professeur Vincent

Bellal Meziane, âgé de 45 ans, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Dupuytren. Il est opéré le 7 janvier 1913 par M. le Professeur Vincent pour un cancer du rectum. On ne fait pas d'anus iliaque. On ferme d'abord l'orifice anal ; on fait sauter le coccyx ; on détache complètement le rectum au-dessus de la portion malade. On abaisse l'intestin que l'on fixe d'abord au releveur de l'anus, puis sa muqueuse à la peau. Drainage en avant et en arrière du rectum.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr Moggi

Mohamed ben A..., indigène âgé de 19 ans, entre à l'Hôpital de Birtraria pour tumeur du bras gauche. On constate au niveau de la diaphyse humérale une tumeur en fuseau, dure, non douloureuse à la pression, mais occasionnant des douleurs spontanées, presque continues, nullement influencées par le repos.

Le traitement d'épreuve ne donne aucun résultat. Il ne paraît pas y avoir de doute sur le diagnostic. Il s'agissait bien d'un ostéo-sarcome diaphysaire. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée. Cet indigène est encore vivant et en bonne santé.

OBSERVATION V

Due à l'amabilité de M. le Dr Moggi

Aziz Aïssa, indigène âgé de 38 ans, entre à l'Hôpital de Birtraria le 14 février 1920, se plaignant de son genou droit. Par l'interrogatoire on apprend que, en novembre 1919, ce malade a fait une chute de 25 cm. de hauteur (2 marches d'escalier) avec une corbeille de 25 kilogs sur l'épaule. En même temps qu'une fracture du tiers inférieur du fémur droit, le malade a eu une volumineuse hémarthrose du genou droit. Pose d'un appareil plâtré et immobilisation de la partie inférieure de la cuisse durant 20 jours environ.

Par l'examen du malade, le 14 février 1920, on se rend compte que la fracture du fémur est encore sensible avec cal normal. L'épiphyse tibiale est très augmentée, la jambe entière a doublé de volume. Les mouvements de latéralité et d'extension sont exagérés.

M. le Dr Moggi pose le diagnostic d'ostéo-sarcome du tibia, diagnostic confirmé, du reste, par la radiographie.

Le malade ne voulant pas se laisser opérer, est fait sortant le 3 mars 1920.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le Dr Moggi

Fathma Z... mauresque, âgée de 25 ans, entre à l'Hôpital de Birtraria, parce qu'elle souffre beaucoup du ventre. Au toucher on sent un utérus dur, complètement fixé. Les ligaments larges, la cloison recto-vaginale et la cloison vesico-vaginale sont infiltrées et rendent l'examen au spéculum impossible. Du sang s'écoule au moment de l'examen et la malade dit en perdre beaucoup depuis quelques temps. Les douleurs sont constantes, lancinantes, irradiant vers les lombes et les cuisses ; elles ne sont calmées que par la morphine. L'état général est précaire.

Il s'agit manifestement d'un cancer de l'utérus et d'une forme à marche rapide. Par l'interrogatoire il n'a pas été possible d'établir l'époque probable du début de la lésion ; il est à peu près certain qu'il ne s'agit guère que de quelques mois.

La malade, inopérable, quitte l'hôpital, peu de jours après son entrée.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le Dr Moggi

B. Mohamed, indigène, âgé de 29 ans, entre à l'Hôpital de Birtraria, pour une tumeur de la langue, du volume d'une noix, siégeant dans la moitié gauche antérieure, dure à la palpation, occasionnant des douleurs assez vives irradiant vers l'oreille, en voie d'ulcération. Les bords de l'ulcère sont durs, non décollés, caractère qui le différencie nettement de l'ulcération syphilitique ou tuberculeuse. Le diagnostic de cancer de la langue s'impose. Le Wassermann avait été négatif et le traitement d'épreuve sans résultat.

Opéré il y a un an et demi environ le malade est en parfaite santé actuellement.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le Dr Montero

Babia bent Meziani. — Entre à l'Hôpital, salle Lisfranc dans le service de M. le Dr Cochez. La malade paraît âgée de 35 ans. Elle est encore réglée : les règles sont abondantes avec perte de caillots depuis 12 mois. Pas de fausses-couches. Entre les règles la malade constate l'apparition de pertes blanches tachant le linge. Il existe des troubles de la miction : des brûlures et de la pollakiurie.

Examen. — Dans la fosse iliaque gauche on sent une tuméfaction douloureuse. On constate des pertes blanches et un gros degré d'anémie. Le col de l'utérus est errodé, ulcéré, bourgeonnant comme un choux-fleur ; l'utérus est assez mobile, horizontal en position normale, remontant assez haut à 3 doigts au-dessous de l'ombilic. Le cul-de-sac latéral gauche est envahi par le bourgeonnement du col utérin. Immédiatement après le toucher on constate un saignement abondant.

Au spéculum on voit un col ulcéré, bourgeonnant et saignant au moindre contact. Le Dr Cochez pose le diagnostic de cancer du col utérin. La malade ayant des accès de paludisme on fait de la quinine intra-musculaire à la dose de 1 gramme par jour pendant une semaine ; autohémothérapie 15 cc. On fait un Wassermann qui est négatif. On observe un envahissement marqué des ganglions inguinaux.

OBSERVATION IX

due à l'obligeance du Dr Parès, interne du service de M. le Dr Cochez

Toumi Mohamed. — Entre à l'hôpital, salle Larrey, avec une tumeur siégeant au niveau du manubrium sternal, du volume d'une mandarine. Cet indigène est âgé de 50 ans, journalier de profession. Cette tumeur a débuté il y a 2 mois ; depuis elle grossit progressivement, fluctuante au centre qui est accuminé, indurée à la périphérie par laquelle elle gagne de plus en plus. Actuellement elle déborde en haut la fourchette sternale, a envahi latéralement les deux premiers espaces costaux, descend en bas jusqu'au troisième espace. Le Dr Cochez diagnostique un ostéosarcome inopérable. Cette grosse tumeur ulcérée, bourgeonnante saigne dès qu'on la touche et présente une tendance irrésistible à l'extension. L'évolution en est douloureuse, accompagnée de fièvre quotidienne. Le malade se plaint souvent d'une tension très douloureuse, de pulsations qui l'empêchent de dormir, et est en proie à une dyspnée très prononcée. On pratique un Wassermann qui est positif. Cet indigène nie tout antécédent vénérien ; il est marié, a 3 enfants bien portants ; n'a jamais eu aucune maladie antérieure. A l'examen, on trouve du côté de l'appareil pulmonaire de la bronchite diffuse et de l'obscurité à la base droite ; crachats visqueux striés de sang. Du côté de l'appareil digestif, pas d'appétit ; le malade vomit tout ce qu'il mange ; la rate est à peine percutable ; le foie ne dépasse pas les fausses côtes. — Appareil circulatoire = dans la 5e espace les bruits du cœur sont normaux ; les artères sont normales.

OBSERVATION X

Due à l'obligeance de M. le Dr Aboulker

(Publiée par le Dr Aboulker dans le Bulletin d'Oto-Rhino Laryngologie)

Ahmed ben Ahmed, 50 ans, cordonnier est adressé à la consultation rhinologique par M. Moggi, chirurgien de l'Hôpital, qui lui a fait, il y a trois mois, à l'Hôpital municipal, l'ablation des ganglions carotidiens gauches.

Depuis six mois, ce malade a de la gêne de la déglutition, des crachements de sang et des épitaxis fréquentes. Dans ses antécédents, on retrouve la syphilis contractée à 18 ans, des attaques de paludisme à 45 ans. Son père est décédé de maladie inconnue. Sa mère est morte cardiaque et atteinte d'aliénation mentale. Le malade vient pour la première fois à la consultation vers le 15 septembre 1912. Il a des épitaxis abondantes et répétées ; il a de l'obstruction nasale prononcée surtout à droite. Son teint, naturellement olivâtre, n'empêche pas de distinguer l'aspect cachectique des téguments. Il est d'ailleurs très amaigri et j'apprends par l'interrogatoire qu'il a de l'otalgie droite et des céphalées intenses.

Le souvenir des malades antérieurement observés me conduit tout droit à l'examen du nasopharynx. Le voile du palais est très légèrement œdématié. La rhinoscopie postérieure et la pharyngoscopie sont rendues impossibles par la sensibilité du malade. Sans insister,

je fais le toucher naso-pharyngien et je sens une masse volumineuse qui remplit le cavum ; elle est dure avec des parties ulcérées. Le siège de la tumeur est sur la paroi postérieure, qui est toute envahie, mais la partie la plus volumineuse siège à droite, côté de l'obstruction et de l'otalgie.

A la rhinoscopie antérieure, on voit une masse choanale obstruant complètement la perméabilité nasale à droite, siège d'hémorragies incessantes et d'une suppuration profuse qui empêchent un examen minutieux. Le 30 septembre, opération par la voie transmaxillo-nasale. Incision partant du grand angle de l'œil suivant le rebord sous-orbitaire, jusqu'à la partie médiane de l'os malaire, pénétrant jusqu'à l'os et sectionnant le nerf sous-orbitaire. Une autre incision partant du point de départ de la première, suit la partie latérale du nez et descend en contournant l'aile du nez.

Relèvement du lambeau. Résection de toute la paroi antérieure et interne du sinus maxillaire, de la branche montante, de l'os propre du nez. La cavité sinusale est remplie de bourgeons cancéreux. Extirpation à la pince de Luc et curettage. Extirpation de la cloison très épaisse et infiltrée dans ses deux tiers postérieurs. Enfin curage prolongé du naso-pharynx et tamponnements. Sutures.

Suites opératoires. — La température oscille de 38°2 le matin à 39°3 le soir, pendant 5 jours et reste en dessous de 38° les jours suivants. Réunion par première intention des téguments. Cachexie rapide et délire. Mort le 12e jour.

J'attribue le décès à des troubles urémiques.

Autopsie partielle. — Sinus maxillaire gauche normal, sinus sphénoïdal droit rempli de bourgeons cancéreux. Congestion méningée intense.

OBSERVATION XI

due à la grande amabilité du Dr Pons-Leychard

M... Ahmed Ould Ali, vieillard d'environ 80 ans, chef vénéré d'un douar de la tribu d'El-F..., commune mixte de Remchi, nous fait appeler en août 1919, après avoir épuisé la gamme des médicaments indigènes. Nous nous rendons auprès de lui et, en débarrassant la région des médicaments arabes qui la recouvrent en couche épaisse (miel et tamarin), nous constatons dans le bas-ventre, à gauche, une tumeur volumineuse, irrégulièrement bosselée, affectant la forme générale d'un pain de sucre, se développant dans la fosse iliaque gauche. Tumeur dure, surtout dans sa partie supérieure, tandis que la partie inférieure forme une masse adhérente de toutes parts à la peau et dans la profondeur et présente une ulcération qui suppure abondamment. Issue de magma roussâtre et fétide. Un léger sillon délimite les parties supérieure et inférieure.

L'interrogatoire et une cicatrice assez visible nous font connaître que cet indigène a déjà été opéré deux ans auparavant par un de nos confrères de Tlemcen, le Dr Dubois. Une consultation avec ce confrère nous apprend qu'en juillet ou août 1917 le malade présentait trois tumeurs échelonnées sur son cordon au niveau de chacun des orifices du canal inguinal et dans les bourses, d'aspect microscopique lipomateux dans certaines régions et osseux dans d'autres, variant du volume d'une mandarine à celui de deux poings.

Entre ces tumeurs, en existaient quelques autres petites de la dimension d'une noix ou d'une noisette. Malheureusement, l'examen histologique n'avait pu être pratiqué. Une nouvelle intervention est décidée en présence de cette récidive après deux années. Elle est

pratiquée le 21 août en deux temps. La masse supérieure non ouverte et assez mobile est entreprise tout d'abord. Incision sur la tumeur : celle-ci est sous-jacente au plan musculaire et extra-péritonéale. Elle se clive aisément. Volume d'une grosse orange, consistance assez dure, donne l'impression de contenir une pierre à l'intérieur. A la coupe, parties molles, d'autres, donnant l'impression de tissus cartilagineux. Au centre, matière dure, concrétée, d'apparence calcaire. Suture par première intention de la plaie opératoire.

La masse inférieure est constituée en partie par une masse homogène, mollasse, d'aspect lipomateux ; le restant, surtout au niveau de l'ulcération, constitué par du tissu hétérogène, friable, magma puriforme, de consistance caséeuse dans lequel on trouve quelques petits noyaux durs. L'intervention consiste dans l'énucléation de la partie consistante et le curettage de la poche contenant la partie friable. Drainage large. Le malade se déclare soulagé. Pas de température. Le 4e jour, se déclare une pneumonie hypostatique apyrétique qui emporte le malade le lendemain.

Il semble bien que nous nous trouvions en présence d'une série d'enchondromes du cordon à divers stades d'évolution ; la partie inférieure ayant subi, peut-être, une dégénérescence cancéreuse sous l'influence de microbes associés.

L'examen histologique n'a pas été fait immédiatement, mais quelques fragments des pièces conservées sont adressées à notre confrère, le Dr Marchioni.

OBSERVATION XII

Recueillie dans le registre des opérations du service de chirurgie de M. le Dr Cochez

Ben Fredj Semha, épouse Seraïni, âgée de 60 ans, née à Oran, entre le 3 janvier 1907 salle Lisfranc, avec le diagnostic de néoplasme du sein droit (récidive). Opérée en effet il y a quatre ans, à Oran, la malade, un an après l'opération, constate l'apparition de nodosités dans le creux axillaire et sur la cicatrice opératoire. A son entrée à l'Hôpital, on remarque actuellement un nodule néoplasique ulcéré de la dimension d'une pièce de deux francs environ et quatre autres nodules plus petits, de dimension moindre, situés en dehors de la cicatrice, dans l'épaisseur des téguments. Dans le creux axillaire on trouve un gros engorgement ganglionnaire.

OBSERVATION XIII

Recueillie dans le registre des opérations de la salle Lisfranc

Ladja bent Hadjya, âgée de 25 ans, journalière, habitant Alger, quartier de Mustapha, entre salle Lisfranc le 18 septembre 1891. On diagnostique un cancer du sein et on en fait l'ablation. La malade sort de l'Hôpital le 16 octobre de la même année.

OBSERVATIONS XIV à XVIII

Recueillies dans les registres de la salle Bichat,

service de M. le Dr Vincent

Baya bent Ali Mohammed, âgée de 30 ans, sans profession, habitant Alger, entre salle Bichat le 18 juin 1909. On diagnostique un cancer de l'utérus inopérable.

Yamina bent Lounès, âgée de 55 ans, entre salle Bichat le 23 octobre 1915 avec un cancer de l'utérus.

Zenati Djabar, âgée de 56 ans, entre salle Bichat le 27 novembre 1916 avec un cancer du rectum.

Hacri bent Mohamed, âgée de 26 ans, entre salle Bichat le 14 décembre 1917. On diagnostique chez cette mauresque un néoplasme de l'utérus.

Laïcha Elghaïa, sans profession, âgée de 47 ans, habitant Alger, entre salle Bichat le 18 juin 1919. On diagnostique chez elle un cancer de l'utérus. La malade quitte l'Hôpital le 8 juillet de la même année.

OBSERVATIONS XIX à XXIX

Recueillies dans les registres d'opération de M. le Dr Cochez

Senoufi Aïcha. — Sans profession, habitant Alger, entre salle Larrey, le 22 novembre 1909. On diagnostique chez cette mauresque un néoplasme du sein. Elle sort le 27 du même mois.

Yamina bent Ahmed. — Veuve Ali ben Sadi, âgé de 50 ans, sans profession, habitant Alger, entre salle Larrey le 2 février 1910. On diagnostique chez elle un osteosarcome du pouce.

Issalit Fathma, veuve Addid, âgée de 65 ans, sans profession, habitant Alger, entre salle Larrey le 11 juillet pour cancer de l'utérus. Elle sort le 20 du même mois.

Smir Fathma. — Epouse Bartoi, âgée de 46 ans, exerçant la profession de ménagère, habitant Alger, rue d'Affreville n° 10, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Larrey, le 15 avril 1913. On diagnostique un cancer de l'utérus. Elle sort le 18 du même mois.

Chetoni Fathma, — Epouse Mibarki, âgée de 44 ans, sans profession, entre salle Larrey, le 1er août 1914 pour un cancer du sein (récidive d'une opération antérieure). Elle sort le 7 du même mois.

Ferdj Kedoudja. — Epouse Tebil, 40 ans, sans profession, habitant Alger, rue Mousquet n° 1. entre le 12 novembre 1914, salle Larrey, pour un néoplasme de l'utérus inopérable. Cette mauresque, sort de l'Hôpital, le 22 novembre.

Moueddeni Nefissa. — Veuve Trabelsni, âgée de 32 ans, brodeuse de profession, habitant Alger, rue Dupetit-Thouars n° 31, entre à l'Hôpital de Mustapha, le 10 août 1915, pour un cancer du rectum. De la salle Larrey, elle est évacuée salle Andral.

Kobbi Kleiria. — Epouse Tafizouth, âgée de 20 ans, sans profession, habitant Alger, rue du Janissaire n° 8. entre salle Larrey, le 20 mars 1917 pour un osteosarcome du tibia droit. Elle sort non opérée le 29 du même mois.

Sadia bent Raïss. — Epouse Saïd Amar, âgée de 35 ans, sans domicile, habitant Boufarik, entre le 30 mai 1917, salle Larrey, pour un néoplasme du sein gauche. La mauresque est décédée le 1er juin 1917.

Zohra bent Belaïd. — Epouse Ziane Maradj, âgée de 34 ans, habitant Alger, impasse Bertilon n° 3, entre salle Larrey le 5 juin 1917, atteinte d'un néoplasme du col de l'utérus ; inopérable, elle sort le 11 du même mois.

Habima bent El Hadj, épouse Derma, 65 ans, sans profession habitant Saint-Eugène, propriété Laquière, entre salle Larrey, le 18 juin 1918. Cette indigène atteinte d'un cancer de l'utérus inopérable sort le 23 du même mois.

OBSERVATIONS XXX à XXXVIII

Recueillies dans les registres d'opérations de la salle Lisfranc

Souina bent Ahmed. — Agée de 55 ans, cette mauresque est sans profession, habite Sidi-Moussa. Elle entre salle Lisfranc, le 18 février 1908. Après avoir diagnostiqué chez elle un néoplasme de l'ultérus inopérable, la malade quitte l'hôpital le 22 du même mois.

Chaïb Bedra Fathma. — Epouse Magari Touati, âgée de 50 ans, habitant douar Gestoura, commune de Bir Rabalou, entre salle Lisfranc le 11 février 1919. Comme on lui diagnostique un cancer du foie inopérable, on l'évacue dans le service de médecine de M. le professeur Ardin-Delteil, salle Andral.

Krikeb Zohra. — Agée de 46 ans, entre salle Lisfranc, le 13 mai 1919 pour un cancer du foie. La malade sort le 20 mai.

Fadia Zohra. — Veuve, sans profession, âgée de 55 ans, habitant Maison Poulanc à Maison-Carrée, entre salle Lisfranc le 24 avril 1919. M. le Dr Ferrari diagnostique chez cette mauresque un cancer du rectum inopérable. La malade sort le 29 mai.

Hamdani Khedoudja. — Veuve, âgée de 42 ans, habitant rue de la Réserve n° 10 à Saint-Eugène, entre salle Lisfranc, le 30 avril 1919. On diagnostique chez elle un cancer de l'utérus inopérable. La malade sort le 18 mai.

Oumelkhem bent Hadj. — Veuve, ménagère, âgée de 50 ans, habitant Aïn-Bessem, entre salle Lisfranc, le 24 juin 1919 pour néoplasme de l'utérus inopérable. Elle sort le 2 juillet 1919.

Hadjouti Mahdjouba. — Veuve Bonghoudou Mustapha, âgée de

30 ans, habitant Boufarik, entre salle Lisfranc, le 14 octobre 1919. M. le Dr Ferrari pose le diagnostic d'ostéosarcome du bras droit. On l'opère le 17 octobre et la malade sort le 19 du même mois.

Achour Khedoudja, veuve Laïachi, âgée de 42 ans, sans profession, habitant Rouïba, chez le caïd ben Chabane, entre salle Larrey le 20 octobre 1917. M. le Dr Aboulker, pose chez elle le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur droit et l'opère. La malade sort le 22 novembre 1917.

Abed Dabbia. -- Epouse Bellil Mohamed, sans profession, âgée de 35 ans, habitant Tablat, entre le 16 septembre 1919, salle Lisfranc. M. le Dr Ferrari diagnostique un osteosarcome du maxillaire et l'opère le 27 octobre. La malade sort le 1er novembre.

GROUPE II

OBSERVATION XXXIX

Due à l'obligeance de M. le Dr Moggi

Kodoudja M..., mauresque, âgée de 58 ans, entre à l'hôpital de Birtraria avec une volumineuse tumeur du sein. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, ulcérée en plusieurs points, s'est développée très rapidement. La malade prétend ne s'être aperçu de cette tumeur que depuis 8 mois. Elle est opérée le 12 février 1920 par M. le Dr Moggi.

Macroscopiquement la tumeur a un aspect de squirrhe, de moyenne dureté, parsemé de minimes points de nécrose. On adresse à M. le professeur Poujol une coupe de la tumeur elle-même et un ganglion sous-pectoral.

L'Examen histologique montre qu'on a affaire à un carcinome à amas compacts épais dans un tissu fibreux œdémateux abondant. Autour des amas cancéreux on remarque une forte réaction lymphocytaire.

OBSERVATION XL

Due à la grande amabilité de M. le Professeur Poujol

H..., tirailleur indigène, âgé de 26 ans. Cet homme, entré à l'Hôpital de Bar-le-Duc au mois de janvier 1918, pour la première fois, est venu mourir récemment à Alger, dans le service de M. le Dr Soulié où le mal a évolué en quelques mois. Nous tenons du Dr Soulié lui-même que ce soldat indigène n'a pas eu de fièvre. Il aurait été pris brusquement d'une ascite volumineuse que l'on fut obligé de ponctionner dès son entrée. Le liquide était hémorragique ; on en a retiré 6 litres. Il n'a pas tardé à se reproduire en s'accompagnant de douleurs violentes calmées seulement par la morphine. La mort est arrivée très vite par arrêt du cœur, arrêt de cause toxique probablement.

L'*examen histologique* a été fait le 15 mars 1918 par M. le Professeur Poujol. Il est remis au laboratoire d'anatomie pathologique deux petites masses arrondies, du volume d'un pois chiche et d'une olive, ayant séjourné dans le Bouin un temps indéterminé.

La structure est celle du lymphome et se montre analogue dans l'une et l'autre nodosité. Dans la plus grande partie du tissu on trouve la structure réduite à un réticulum de cellules anastomosées avec très peu de fibres et presque pas d'éléments d'infiltration. Ailleurs la structure est plus dense, d'assez nombreux faisceaux conjonctifs s'interposent entre les cellules. On trouve aussi des territoires où les éléments d'infiltration sont assez nombreux et consistent surtout en lymphocytes, avec quelques polynucléaires et quelques gros éléments qui paraissent détachés du reticulum. La plus grosse nodosité présente d'assez nombreux vaisseaux et des territoires hémorragiques. En plusieurs points de la périphérie de cette nodosité, on voit le tissu lymphomateux dépasser les limites de la capsule dont la nodosité s'était circonscrite, et s'infiltrer dans le tissu adipeux voisin, à la façon des tumeurs malignes vraies. Ce lymphosarcome gastro-intestinal s'accompagnait de volumineuses métastases épiploïques.

OBSERVATION XLI

Due à l'obligeance de M. le Professeur Poujol et de M^lle^ Testour, Interne du Service de Chirurgie infantile.

Kineche Ali, âgé de dix ans, né à Mirabeau, entre le 18 mai 1920 à l'Hôpital civil de Mustapha, présentant une volumineuse tuméfaction de l'abdomen.

Pas d'antécédents héréditaires : un frère de neuf ans et un de deux ans sont en bonne santé. Pas d'antécédents personnels : très bon état général jusqu'à il y a deux mois.

A cette époque, l'enfant se plaignit de douleurs siégeant dans l'hypocondre gauche et alors on remarque qu'il s'alimente moins qu'auparavant et maigrit. Un mois plus tard, dans le flanc gauche, ses parents constatent la présence d'une tumeur grosse comme un œuf. Cette tumeur conserve quelque temps les mêmes dimensions, puis s'accroît brusquement depuis onze jours pour prendre, depuis huit jours surtout, un développement énorme. Concurremment, les douleurs deviennent intolérables, empêchent toute espèce de repos ; l'inappétence est absolue et l'état général devient très mauvais. Depuis 15 jours, le petit malade présente une constipation opiniâtre ; pas de troubles urinaires, en particulier pas d'hématuries.

A l'entrée, on constate que l'enfant est cachectisé, extrêmement amaigri, le teint terreux. Les membres inférieurs, le scrotum, la paroi abdominale sont œdémaciés ; enfin il est légèrement dyspnéïque (on compte 30 respirations par minute).

L'abdomen est entièrement soulevé par la tumeur. Légèrement étalé sur les flancs, il est surtout développé en obusier dans la région sus-ombilicale et un peu latéralement à gauche où se voit une énorme voussure dont le point culminant est situé à mi-distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, à gauche, et s'étale de là vers la partie inférieure de l'abdomen et vers les flancs.

La peau est tendue, lisse, d'aspect glacé au niveau de la tumeur. Une circulation complémentaire veineuse s'est établie au-dessous et surtout au-dessus de l'ombilic.

Par la palpation, on détermine la voussure qui correspond à une tumeur dont la surface irrégulière est dure, bosselée et occupe les trois quarts supérieurs de l'abdomen, de l'appendice xyphoïde à l'hypogastre, se perd directement sous l'hypocondre gauche et le flanc du même côté, semble se terminer en pointe vers le flanc droit où elle paraît mieux délimitée qu'à gauche, ne se continuant pas directement avec l'hypocondre. La partie inférieure est inégalement arrondie. Cette tumeur est douloureuse à la pression profonde.

Au-dessous d'elle, dans les fosses iliaques et à l'hypogastre et sur son flanc gauche, on reconnaît la présence de liquide.

La percussion révèle, mate cette tumeur sur toute son étendue. Une zone de sonorité, qui n'est autre que la sonorité épigastrique, sépare cette tumeur de la matité hépatique.

Les poumons sont normaux. Du côté du cœur, les bruits sont affaiblis. Le pouls bat à 112 ; il est dépressible, régulier. Les urines vues dans le service étaient claires et ne contenaient pas d'éléments figurés.

Formule leucocytaire	Poly.	62
	Lympho.	23
	Mono.	15

Le 19 mai 1920, M. le Dr Cabanes, qui remplace dans le service M. le Dr Curtillet absent, fait une laparotomie exploratrice. Le petit malade est dans un état de grande faiblesse. On lui injecte des toniques cardiaques. On l'anesthésie légèrement à l'éther. On tombe sur une masse friable, saignante, à la surface de laquelle rampent de très gros troncs veineux. Le Dr Cabanes pose le diagnostic de *sarcome*. On referme immédiatement la paroi après avoir lié une veine qui avait été déchirée.

L'état général de l'enfant est alors bien précaire. On tente de le remonter par des injections toni-cardiaques, mais notre petit indigène expire dix minutes après l'intervention, à onze heures.

A deux heures de l'après-midi on fait la *nécropsie*. Ouverture des cavités abdomino-thoracique, ascite. On tombe sur une énorme tumeur développée aux dépens du pôle intérieur du *rein gauche*, dont

le pôle supérieur seulement est reconnaissable. Cette tumeur s'étend jusqu'à la ligne axillaire, à droite, englobe la face interne de la rate et la face postérieure de l'estomac, le duodenum en entier, le pancréas (ces deux derniers organes non reconnaissables) et le côlon transverse.

Métastases péritoneales généralisées au niveau de l'épiploon, du diaphragme de la face supérieure de la vessie, du rein, de l'intestin, etc.

Le rein droit paraît sain, le foie également. Dans la rate, qui est hypertrophiée, on trouve des noyaux métastatiques. Le cœur et le poumon étaient refoulés en haut par la tumeur, mais sains tous deux.

La tumeur a un aspect encéphaloïde. On en fait quelques prélèvements que l'on soumet à *l'examen histologique*, au laboratoire de M. le Professeur Poujol. Voici ce qu'a eu l'amabilité de nous dicter notre maître :

« Il est remis au laboratoire une partie du rein gauche englobé dans un bloc néoplasique, qui a été arbitrairement taillé dans la tumeur, et un lambeau d'épiploon parsemé de petits nodules semi-transparents.

» Le tissu de la tumeur, blanc rosé, homogène d'aspect, est d'une consistance inférieure à celle du cerveau ; il laisse écouler de toutes les sections une sérosité fortement trouble. La surface externe du rein est nettement délimitée d'avec le tissu sarcomateux qui l'englobe ; en un point, le néoplasme commence à infiltrer le parenchyme cortical.

» L'examen du suc de la tumeur dilué dans de l'eau salée à 1% montre qu'il s'agit d'un *sarcome à petites cellules rondes*. On voit, dans la dissociation, des éléments sphériques, chacun avec un noyau arrondi et un protoplasma net, en général peu développé. La taille a paru varier de 8 à 12 μ. Il existe aussi d'assez nombreuses sphères d'aspect granuleux.

» Les coupes comprennnent le tissu néoplasique et la substance corticale du rein envahi. Le tissu de la tumeur est presque entièrement formé par la juxtaposition des éléments sphériques ci-dessus décrits. La grande majorité donnant des signes de souffrance consistant en une modification des noyaux qui deviennent transparents vers leur centre, tandis que la chromatine se concentre en amas tout contre la membrane nucléaire. La charpente est réduite à quelques capillaires pourvus de leur endothélium et d'une adven-

tice. On voit aussi, parmi les cellules sarcomateuses, de nombreux corps en général arrondis et à limites nettes, de faible densité, d'apparence granuleuse ou finement réticulée qui ont paru provenir de l'agglutination de cellules en voie de destruction ; en bien des points, en effet, on voit dans ces masses des cellules sarcomateuses en nécrobiose sans noyau colorables. La limite du rein reste nette ; les vestiges de la capsule subsistant dans la zone corticale envahie, les tubes rénaux dissociés s'atrophient. »

OBSERVATION XLII

Due à l'amabilité de M. le Professeur Ardin-Delteil

(Puisée dans la collection de M. le Professeur Poujol).

K... H..., Kabyle, âgé de 50 ans, cultivateur, entre à l'Hôpital, salle Trousseau, le 28 septembre 1919.

Diagnostic clinique : cancer du foie probablement secondaire à un néoplasme de l'estomac, chez un syphilitique, paludéen, porteur d'une grosse rate.

Histoire de la maladie. Elle est très imprécise. Le début remonterait à 3 ans et aurait été marqué par quelques vomissements survenant à jeun. Depuis 2 mois : douleurs dans l'hypocondre droit sans irradiation dans l'épaule, amaigrissement progressif, poussée d'œdème aux membres inférieurs.

Pas d'ictère, ni matières décolorées. A l'entrée du malade à l'Hô-

pital de Mustapha, le malade est cachectisé, a de l'inappétence, présente des vomissements fréquents, non alimentaires ; pas d'hématémèse, ni de melæna ; douleurs continues dans la région hépatique. Voussure très marquée occupant le creux épigastrique. On suit une vaste tumeur descendant jusqu'à l'ombilic et atteignant la fosse iliaque droite, se confondant avec le foie, lequel remonte jusqu'au niveau du mamelon ; tumeur dure, irrégulière, marronnée) ne donnant ni frémissement, ni sensation de flot. — La rate est grosse, débordant de 4 travers de doigts, sensible à la palpation, mais de surface régulière. Le malade affirme qu'elle est ainsi volumineuse depuis l'âge de 20 ans, époque à laquelle il aurait fait du paludisme grave (traitement à la quinine). La réaction de Bordet-Wassermann est positive (Hecht). La radiographie de l'estomac ne donne rien. Décédé le 10 octobre 1919.

Autopsie. — Pas de liquide ascitique. Estomac non dilaté, présentant une tumeur de la dimension d'une grosse mandarine sur la petite courbure, à deux travers de doigts du pylore qui reste libre et normalement perméable. Pas d'adhérences. Sur la face muqueuse la tumeur présente une ulcération ovalaire à grand axe suivant la petite courbure, de 8 à 10 centimètres sur 5 à 6 centimètres, creuse, à bords nets et épaissis, à fond très irrégulier.

On note sur toute la muqueuse de l'estomac des suffusions sanguines lenticulaires.

Le foie est énorme, pèse 5 kilogs 900, rouge foncé à surface tourmentée, marronnée, sans foyer de périhépatite. A la coupe, on le trouve farci de nodules de dimensions variables (noisette, noix) dures au couteau, de teinte rouge-brun et grisâtre. Quelques ganglions dans le petit épiploon.

La rate pèse 950 grammes. Rien de spécial, sinon à son pôle inférieur quelques adhérences avec l'angle colique et la paroi abdominale.

Les reins pèsent respectivement : le droit 270 gr., le gauche 250 gr. Rien macroscopiquement.

Le cœur pèse 350 gr. ; les poumons pèsent respectivement : le droit 750 gr., le gauche 650 gr.

L'examen des autres organes reste également négatif. Sept heures après la mort, on fait deux prélèvements : 1° la tumeur de l'estomac en entier ; 2° un nodule secondaire hépathique. C'est M. le Professeur Poujol qui fait *l'examen histologique* et qui conclut à un *cancer de l'estomac*.

OBSERVATION XLIII

Due à l'amabilité de M. le professeur Poujol

H... mauresque d'environ 45 ans, entre à l'hôpital civil dans le service de M. le Dr Cochez. On obtient peu de renseignements par l'interrogatoire. On constate chez cette malade un très gros ventre et on perçoit par la palpation une tumeur volumineuse dans le petit bassin. On fait une laparotomie exploratrice et on tombe sur une tumeur de l'ovaire retro-utérine descendant dans le Douglas. Après avoir débarrassé cette tumeur de quelques adhérences, on en fait l'extirpation.

Cette tumeur pèse 1.370 grammes. Elle est ovoïde et a le volume d'une petite tête d'adulte. Elle est solide pour la plus grande partie, de forme régulière et nettement limitée, encapsulée. Sur une section les parties solides montrent une juxtaposition de territoires distincts, blanc laiteux, d'apparence homogène, séparés par des cloisons fibreuses, plus ou moins développées. Des parties étendues sont d'un blanc jaunâtre opaque et nécrosées. Disséminées dans les parties solides on voit des territoires kystiques présentant une juxtaposition de kystes, à la vérité peu nombreux, gros comme une noix, une noisette ou un pois souvent intercommunicants et qui par leur forme régulière, leur parois lisse ne donne pas l'impression d'être des kystes par ramollissement : leur contenu est une sérosité claire, très fluide. Toute la tumeur est imbibée d'une sérosité abondante.

Examen histologique. — Une parcelle des parties solides de la tumeur a été coupée après fixation et congélation. La structure générale est celle du *carcinome alvéolaire.*

Dans les territoires blanchâtres, les amas de cellules cancéreuses sont abondants et volumineux, la trame délicate (carcinome encéphaloïde). Dans les cloisons fibreuses qui séparent ces territoires on trouve une infiltration discrète d'amas cancéreux disséminés. La nature des kystes sera fixée par un examen ultérieur plus détaillé.

Diagnostic histologique. — Carcinome solide. Malignité non douteuse.

OBSERVATION XLIV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Ardin-Delteil

(Puisée dans la collection de M le professeur Poujol)

Regia bent Ali. — Agée de 50 ans environ, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Andral, agonisante. Diagnostic clinique après examen sommaire : cancer de l'estomac ou de l'intestin. La malade est décédée le 28 octobre 1919 :

Autopsie. — On la fait le 29 octobre, 13 heures après la mort. Sujet très amaigri ; à l'ouverture de l'abdomen ballonné : dilatation considérable de l'estomac qui descend jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de la symphise pubienne. Au niveau de la grande courbure grand épiploon ratatiné en une masse allongée suivant cette courbure granuleuse jaune rougeâtre par endroits, d'aspect hémorragique. Pas de liquide ascitique. Réclinant l'estomac à gauche, on tombe sur une masse de la dimension d'une grosse orange, siégeant dans la région pylorique et agglomérant étroitement le pylore, le duodenum, l'angle colique droit, la vesicule biliaire et l'épiploon gastro-hépatique. Cette masse de surface irrégulière, granuleuse présente une teinte dans l'ensemble jaune rougeâtre ; elle est dure et forme bloc résistant. On enlève les viscères tout d'une pièce. Au niveau de la tumeur qui soude intimément le pylore, le duodenum, l'angle colique, la vésicule biliaire et le hile hépatique, il est impossible de séparer ces différents organes qui paraissent faire partie intégrante de la tumeur.

L'Estomac considérablement dilaté, à paroi amincie, contient quelques débris alimentaires sans traces d'hémorragie. L'antre du pylore très dilatée forme une sorte de poche, fortement accusée. Le pylore compris en bordure de la tumeur se trouve retréci ; il ne permet pas l'introduction du petit doigt, est bosselé, inextensible ; sa muqueuse, non ulcérée, paraît normale.

Le Duodenum dans sa portion pylorique est compris dans la tumeur, mais reste perméable bien que sensiblement retréci ; sa muqueuse n'est pas ulcérée. La vésicule biliaire est presque entièrement disparue. On trouve seulement, à la partie antéro-supérieure de la tumeur, et la recouvrant, un tissu mollasse, vert-bleuâtre, vestiges du fond de la vésicule. Le reste a disparu, noyé dans la tumeur qui a pris sa place. Fendue suivant un méridien, celle ci apparaît pleine, sans traces de cavités, si ce n'est le canal cholédoque, gorgé de bile et que l'on peut suivre jusqu'au duodénum Le cystique ne peut être identifié. Au surplus la tumeur empiète sur le foie. En particulier dans la région du hile où elle englobe les différents vaisseaux ou conduits.

Le foie pèse 1.900 gr. Surface régulière, lisse, sur laquelle apparaissent quelques noyaux blanchâtres, cancéreux, essaimés dans la zône immédiatement périvésiculaire. D'ailleurs la tumeur intimément adhérente à la face inférieure du foie, a dépassé sensiblement le lit de la vésicule pour empiéter sur le tissu hépatique.

A la coupe : canaux biliaires dilatés ; pas de noyaux cancéreux sauf dans la région plus haut indiquée. Les intestins sont petits, de teinte rouge foncé. Les reins pèsent chacun 120 gr. et paraissent normaux. La rate pèse 100 gr. et est macroscopiquement normale. Sur la face abdominale du diaphragme, dans le lit du foie, le péritoine, présente, disséminés, de petits nodules blanchâtres, lenticulaires, aplatis, faisant très légèrement saillie. Le grand épiploon et les différents mésentères sont ratatinés, bourrés de nodules durs et agglomérés en grains de raisin. L'examen des autres organes, ne révèle rien de notable.

Le *Diagnostic histologique* a été fait par M. le professeur Poujol, qui conclut à un cancer de la vésicule biliaire.

OBSERVATION XLV

Extraite du registre de la consultation otologique et publiée par le Dr Aboulker dans le « Bulletin trimestriel d'Oto-Rhino-Laryngologie ».

Abderhaman, 60 ans, journalier indigène, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Sédillot, service de M. Denis, chirurgien de l'Hôpital, pour une tumeur de la région parotidienne du côté droit. Cette tumeur a une forme allongée dans le sens vertical, sa consistance est ligneuse, elle est absolument adhérente aux plans sous-jacents. C'est une masse ganglionnaire d'une nature cancéreuse et du volume d'une mandarine. L'état général du malade est bon, il ne se plaint de rien. La déglutition se fait normalement, la voix n'est pas modifiée, il n'y a pas d'obstruction nasale. A l'examen de la bouche, la base de la langue, le pharynx et le voile du palais ont leur aspect normal. A la rhinoscopie antérieure on trouve un peu de pus dans les deux fosses nasales et dans le fond de la fosse nasale droite, on distingue vaguement une masse bourgeonnante. La rhinoscopie postérieure permet de voir une petite ulcération sur la face postérieure du voile. Au toucher du cavum, le doigt a besoin de forcer une sorte de défilé formé par le voile contracturé et les bourgeons qui remplissent le cavum.

Les parois du naso-pharynx sont bourgeonnantes et saignantes, les bords sont épais et indurés. L'ouïe est normale des deux côtés.

Biopsie. — Analyse d'un fragment par M. le Dr Murat, Chef de laboratoire : *Epithélioma du naso-pharynx.*

OBSERVATION XLVI

Due à l'obligeance du Docteur Margaillan

(Puisée dans la collection de M. le Professeur Poujol)

H... mauresque de 38 ans, entre à l'Hôpital civil le 14 octobre 1919 salle Lisfranc (service du Dr Ferrari) pour une volumineuse tumeur siégeant au niveau du bras droit. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

A. P. = variole vers 5 ans. — 4 enfants en bonne santé : pas de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Il y a 6 mois, la malade constatait au 1/3 moyen de la face latérale interne du bras droit une petite tumeur grosse comme une noix, peu douloureuse, donnant plutôt la sensation d'une démangeaison. Au bout d'un mois, cette tumeur prenait la dimension d'une mandarine ; deux mois après celles d'une orange ; il y a deux mois celle d'une masse oblongue, deux fois comme une orange. Tumeur toujours très dure, « comme de la pierre » dit la malade.

Quelques temps après l'apparition de cette tumeur, la malade ne tardait pas à éprouver du côté de la main des douleurs lancinantes. Trois mois après, elle remarquait que son bras grossissait. Sa main, elle « maigrissait », tellement qu'elle ne pouvait plus plier les doigts, ne leur permettant plus déjà à ce moment que leur mobilité au niveau de l'articulation metacarpo-phalangienne.

Il y a un mois seulement la malade vit sa tumeur augmenter plus rapidement, la peau se tendre, devenir lisse et offrir par places une légère fluctuation. Ce contraste avec la dureté d'autrefois fait venir à l'Hôpital la malade pour qu'on lui ouvre sa tumeur parce qu'« elle est mure. »

A l'examen on voit une tumeur oblongue occupant la partie latérale externe, antérieure et latérale interne du bras. Cette tumeur de 20 cm. de long sur 10 cm. de hauteur, s'étend d'une horizontale passant à un travers de doigt du creux axillaire jusqu'au pli articulaire de la face antérieure du coude. Cette masse, on la mobilise légèrement de haut en bas et latéralement sans entraîner avec elle l'humérus. Elle est recouverte d'une peau tendre, luisante, siège d'une légère circulation complémentaire, tumeur qui n'offre plus ce caractère de dureté qu'accusait autrefois la malade.

A la moindre pression, la malade ressent une douleur très nette au niveau de la partie antérieure de la tumeur, où l'on perçoit de part et d'autre d'une espèce de bride transversale deux régions à consistance molle et dont la palpation rappelle le frémissement hydatique. Cette consistance molle n'existe pas sur les côtés où l'on a un empâtement très net sans œdème. Une ponction exploratrice faite au niveau de la région permet de retirer par aspiration un liquide citrin, mousseux, colloïde. A l'examen de ce liquide = aucun élément figuré.

Mobilité normale des articulations du coude et du poignet, aucun ganglion axillaire. Weinberg et Wassermann négatifs. L'examen électrique indique une dégénérescence du médian.

La malade est opérée le 17 octobre 1919. On incise la peau et on tombe sur une masse bien délimitée ; mais bientôt, toute la masse ne tarde pas à faire irruption sous la forme d'une masse gélatineuse blanc-grisâtre, fort adhérente et dépendant du coraco-brachial qu'on enlèvera. L'extraction de cette tumeur entraîne la section du nerf médian qui n'a été, à aucun moment opératoire, dilacéré.

On remet au laboratoire d'anatomie pathologique toute la tumeur qui pèse 740 grammes.

L'*Examen histologique* de cette volumineuse tumeur est fait par M. le Professeur Poujol qui diagnostique un *sarcome intramusculaire du brachial antérieur*.

OBSERVATION XLVII

Extraite du registre des opérations de la salle Larrey

A... Z..., veuve Alib, âgée de 50 ans, ménagère, habitant Alger rue Médée n° 34, entre salle Larrey le 17 mars 1914 pour une grosse tumeur du sein. On pratique une biopsie de la tumeur et on en envoie une parcelle à M. le Professseur Poujol qui en fait l'examen histologique et qui conclut que l'on a affaire à un carcinome non douteux.

Le 17 mai on opère la malade. En même temps que l'on fait l'ablation de la tumeur et des ganglions axillaires, on enlève un gros ganglion de Troisier.

OBSERVATION XLVIII

Extraite du registre des opérations de la salle Lisfranc

Guettouch Aïcha. — Agée de 45 ans, sans profession, habitant Tablat, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Lisfranc, le 5 décembre 1897. Avant l'opération on diagnostique chez la malade un sarcome siégeant derrière l'oreille. On tente l'opération le 7 décembre. Après l'ablation de la tumeur on en fait l'examen histologique et on diagnostique un cancer cavitaire.

Nous voici arrivé au terme de ce long exposé de 48 observations.

Certes on pourra nous objecter que sur ce nombre les observations du groupe I peuvent être discutables. Bien que l'on ne refuse à ces diagnostics cliniques le bénéfice de la grande autorité et de la longue expérience qui s'attache aux noms de leurs auteurs, on pourra toujours soutenir que nous avons pu classer parmi les néoplasmes des tumeurs qui ne rentrent pas dans ce groupe, malgré toutes les apparences macroscopiques. Mais à supposer que parmi tous ces diagnostics cliniques quelques uns soient inexacts, nous pensons que la plupart puissent, cependant, conserver toute leur valeur ; car, bien que l'examen histologique ne soit pas venu les étayer, la bonne clinique, à elle seule, peut permettre de diagnostiquer un cancer. Nous savons qu'il est des symptômes qui ne permettent pas l'hésitation, tels la consistance, l'aspect et le volume de la tumeur, ou, ces cachexies et ces teintes jaune paille des personnes affligées de cette redoutable affection. C'est ainsi que nous pouvons considérer comme certains les diagnostics portés dans nos observations I et V, rien qu'en en regardant la photographie et la radiographie que nous avons placées à la fin de notre travail ; certains, — également dans le Groupe I, ces diagnostics de cancers de l'utérus jugés inopérables à cause de l'envahissement énorme des masses néoplasiques.

Si maintenant nous dépouillons nos 48 observations, nous relevons 14 tumeurs malignes de l'utérus, 10 des os, 7 du sein, 4 du rectum, 2 du Foie, 2 de l'Estomac, 2 des muscles, 2 du naso-pharynx, 1 de l'ovaire, 1 de la vésicule biliaire, 1 du rein.

Deux faits sautent aux yeux : d'abord la prédominance de l'Epithélioma ; ensuite la fréquence des cancers de l'utérus (29 0/0) chez la femme, et des cancers des os (21 0/0) chez

l'homme. Nous donnerons au chapitre suivant quelques explications relatives à ces deux localisations d'élection.

Nous avons donc pu recueillir en quelques mois 48 Observations de tumeurs malignes chez le Musulman d'Algérie. Ceci seul, fait table rase de cette prétendue rareté du cancer chez nos Indigènes.

Comme les Docteurs Montpellier et Marchand, nous avons voulu, nous aussi, mener une enquête auprès des médecins de l'Afrique du Nord. Nous regrettons de n'avoir pu la mener à bien, faute de temps ; néanmoins elle nous revient extrêmement intéressante, précisément parce qu'elle vient confirmer l'intérêt que comporte notre travail.

Tous les médecins auxquels nous nous sommes adressé, nous ont autorisé à reproduire sous leur nom, leurs opinions. Les voici :

LeDocteur *L. Barillon* de Blida (département d'Alger) a exercé en Algérie depuis une vingtaine d'années. Dans les différents milieux où il s'est trouvé, (Constantine et ses environs, Kabylie, Alger, Blida), la clientèle arabe, qui cependant se prête difficilement à une observation suivie, s'est adressée assez volontiers à ses conseils. Le Dr Barillon a vu de ce fait beaucoup d'indigènes des deux sexes Il lui a paru que « *le cancer viscéral était rare chez l'arabe.* Il a cependant opéré plusieurs épithéliomes du rectum, un adeno-sarcome du sein chez un adulte, plusieurs myomes (cuisse), sarcomes et ostéo-sarcomes de la face. *Il n'a jamais vu de cancer de l'estomac, ni de l'utérus.*

Le Docteur *Claude* a exercé 9 ans à Chéragas. Il avait su capter la confiance des trois tribus de la région : les Zouaras, les grands Chéragas et les Beni-Messous qui venaient très facilement à sa consultation et d'une façon suivie. Malgré cela, le Dr Claude, sans nier l'existence du cancer profond chez le musulman, *estime qu'il est rare.*

Le Docteur *Buscail* de Boufarik n'a jamais observé de cancer chez les arabes et il croit pouvoir affirmer que cette affection est moins fréquente chez les Européens habitant l'Algérie, qu'en France.

Le Docteur *Pons-Leychard* de Montagnac, (département d'Oran) écrit : « Je n'ai vu qu'un cas de tumeur chez les arabes depuis que je suis ici et cela m'avait paru *assez rare* pour en publier l'observation.

Pour Madame la Doctoresse *Poli-Garnier*, chef de service de la clinique Indigène d'Alger, *le cancer est très rare* chez la femme arabe. Sur 12,000 femmes arabes qui sont venues à la consultation Mme Poli-Garnier n'a relevé que 12 néoplasmes de l'utérus.

Le Docteur *Phéline* de Blida a exercé durant 4 années consécutives dans cette ville. Toutes les tumeurs qu'il a vues, dit-il, venaient du sud algérien. Le Dr Pheline insiste sur cette *fréquence relative de l'existence des tumeurs malignes dans le sud* (région de Boghar.)

Le Docteur *Collignon* du Fondouck (département d'Alger) nous écrit qu'li *n'a jamais observé de cancer des organes internes* chez l'Indigène.

Le Docteur *Laty* qui a exercé 12 ans dans la région de Rovigo et de Sidi-Moussa, ne nie pas l'existence du cancer profond chez l'arabe (ayant soigné un caïd atteint du cancer de l'estomac) mais il *avoue en avoir rencontré rarement*.

Le Docteur *Lassère* qui a exercé au Fondouck et à Rouïba estime que le cancer profond est *rare* chez le Musulman.

⁂

De cet exposé il résulte que l'*opinion du corps médical nord africain est franchement pour l'excessive rareté du cancer chez l'Indigène musulman d'Algérie*.

Pourquoi ces croyances sont-elles en contradiction formelle avec nos conclusions ? Et bien, il n'est pas douteux que l'exercice de la médecine dans les campagnes algériennes, sur

une population peu confiante, nomade, devient fort pénible et ne permet que des observations scientifiques imprécises. En effet, nous savons que beaucoup d'indigènes ne viennent pas consulter le médecin pour des tumeurs dont ils ne souffrent pas, au début, et qui leur paraissent peu graves. Leur éloignement des centres ne leur permet pas toujours de venir chez le médecin, un long déplacement étant, à ce moment, très pénible pour eux ; ou bien ils ne jugent pas à propos de le faire. Souvent même, désillusionnés de ne pas voir survenir une guérison immédiate, les indigènes algériens, ne reparaissent plus.

En second lieu, les médecins sont souvent obligés d'examiner, en un laps de temps fort court, un nombre considérable de malades et l'on conçoit que le diagnostic puisse rester en suspens ; d'autant plus que les biopsies ne peuvent pas être pratiquées dans des conditions scientifiquement suffisantes et que les examens de laboratoire sont impossibles, car l'histologie pathologique demande du temps et une installation que le médecin du Bled n'a généralement pas à sa disposition.

CHAPITRE III

Considérations Etiologiques

La question des origines du cancer a de tout temps préoccupé les esprits et les théories les plus diverses ont été émises à ce sujet, sans qu'aucune ait jusqu'ici conquis droit de cité dans le domaine des faits acquis. La seule conclusion à laquelle nous aient conduit plusieurs centaines de mémoires parus sur ce sujet, confirme simplement notre ignorance absolue en ce qui concerne le *primum movens* du cancer.

On conçoit donc qu'il nous soit difficile de pouvoir faire quelques remarques au sujet des conditions qui régissent l'étiologie du cancer chez l'Indigène d'Algérie.

Nous ne connaissons que les causes favorisantes du cancer; nous ne pouvons donc avoir la prétention d'apporter des choses bien nouvelles dans la discussion de ces faits, car là aussi tout a été dit. Aussi, nous contenterons-nous de passer en revue très rapidement tous ces coefficients étiologiques.

On a souvent incriminé le mode d'*alimentation* et l'on a cru remarquer que les végétariens étaient moins aptes à devenir cancereux que les personnes qui se nourrissent de viande ; on a même prétendu que la viande de porc exerçait une influence tout particulièrement nocive au point de vue du cancer (sarcome). Or, on sait que l'on a trouvé le cancer dans d'assez fortes proportions chez les végétariens purs (observations d'Hendley aux Indes.) Et Seligmann, n'a-t-il pas observé que les cancers sont communs chez les Papous ; or, les Papous, sont exclusivement végétariens. En ce qui concerne l'Indigène musulman d'Algérie, nous savons que son régime alimentaire est plutôt végétarien et qu'il mange peu souvent de la viande : les jours de fête, l'Aïd-es-Srir (fête célébrée à la fin du mois de Ramadan) et de l'Aïd-el-Kbir (la fête des moutons, célébrée 2 mois et 10 jours après la première) et toutes les fois qu'ils ont des invités de marque. L'arabe d'Algérie mange donc peu de viande de bœuf et pas du tout de porc (le Coran lui défendant l'usage de ce dernier animal) ce qui ne l'empêche pas de contracter le cancer.

Un autre facteur invoqué, c'est le *modus vivendi*. Pour Hofmeyer le cancer serait très fréquent dans la classe pauvre. Or, nous sommes bien placés pour savoir si les misérreux pullulent parmi les Indigènes algériens.

Il est d'usage plus courant de chercher dans les *irritations-chroniques locales* la cause principale des cancers développés au niveau des organes qui sont soumis à ces irritations. Ce sont toutes les espèces de traumatismes. On sait, par exemple, qu'il n'est pas rare de voir se développer un osteo-sarcome au niveau du cal d'une fracture en voie de consolidation, et certes l'indigène musulman, surtout celui du bled, encore primitif, très batailleur et adorant l'équitation, n'est pas à l'abri ni des coups ni des chûtes.

Et chez les femmes indigènes, dont l'hérédité syphilitique est si lourde, nous savons combien les fausses couches sont fréquentes. Or il n'y a rien d'étonnant à ce que ces femmes ayant une porte ouverte à l'infection et vivant dans des

conditions d'hygiène déplorables, puissent contracter, avec plus de facilité que les femmes Européennes, des métrites chroniques. A priori, il semble qu'elles doivent, plus facilement que les Européennes, faire du cancer de l'utérus. Si on se rappelle ce que nous avons écrit dans le chapitre précédent, à savoir que sur 48 observations de tumeurs malignes diverses, nous comptons 14 néoplasmes utérins, on peut se demander si ce n'est pas là, peut-être, une des raisons pour laquelle le cancer de l'utérus semblerait prédominer chez les femmes indigènes.

D'un autre côté, nous savons que les indigènes sont des hépatiques, sujets à des infections biliaires fréquentes et pour la plupart paludéens. Or le Paludisme étant une infection qui retentit sur le foie, l'irrite et le rend plus scléreux, il semble, encore à priori, que les Indigènes d'Algérie, doivent faire du cancer du foie plus facilement que les Européens.

Les irritations locales prolongées par l'*alcool* et les *mets épicés* ont également été invoquées par les classiques. Or, l'Indigène musulman d'Algérie, n'observe pas toujours les prescriptions du Coran relatives à l'alcool ; c'est un grand amateur de piments, de poivre. Si bien que, tout comme l'Européen, il est susceptible de contracter tôt ou tard, une gastrite, ulcéreuse ou non, et avec d'autant plus de facilité, que les estomacs de nos Indigènes sont soumis à de ces irrégularités déconcertantes. Ils sont nombreux, en effet, ces musulmans qui mangent sans aucune modération et à toute heure du jour pendant des semaines, viennent brusquement pousser les rigueurs du jeûne jusqu'à l'inanition.

Pour tous ces cas, on peut bien admettre que l'inflamation chronique, secondaire aux diverses irritations, crée un lieu de moindre résistance où se développe de préférence le cancer.

La malpropreté sous toutes ses formes, est une autre cause d'irritation chronique ; elle a été d'ailleurs invoquée par des auteurs sérieux. Certes cette malpropreté, n'appartient pas exclusivement à l'Indigène, mais il faut bien l'avouer, on la renonctre chez lui bien fréquemment.

Les *ulcérations* de longue durée, telles par exemple les *u'cérations syphilitiques,* sont encore de ces causes d'irritation chronique qui constituent une prédisposition aux néoplasies. Et, à ce propos, nous pouvons dire, que si l'infection syphilitique est un de ces processus qui peuvent amener une déviation dans les phénomènes nutritifs des éléments anatomiques et des tissus, il n'y a pas lieu de s'étonner que la syphilis puisse faire le lit au cancer tout comme elle le fait à la tuberculose. Or, tous les médecins savent que la diathèse syphilitique constitue la base de la pathologie Nord-Africaine.

En résumé, toutes les causes que l'on a voulu considérer comme prédisposant tout spécialement à l'évolution du cancer, se rencontrent en Algérie. C'est dire que nous ne pouvons être surpris de ce que l'Indigène musulman, placé dans les mêmes conditions que l'Européen et n'échappant à aucun de ces facteurs étiologiques secondaires, contracte le cancer aussi fréquemment que l'Européen ; nous aurions tendance à dire avec plus de facilité, car l'Indigène est soumis à ces causes d'irritations prolongées et réitérées qui se rencontrent très fréquemment chez lui et qui atteignent un degré très certainement inconnu en France.

CHAPITRE IV

Conclusions Générales

I. — Contrairement à ce que certains auteurs pensent, si la question de la fréquence des cancers cutanés chez l'Indigène d'Algérie est à l'heure actuelle définitivement jugée, il n'en est pas de même des cancers des autres organes.

II. — Beaucoup d'auteurs estiment encore que ces tumeurs sont rares, voire même exceptionnelles chez le Musulman.

III. — Or, notre travail nous paraît démontrer que les organes profonds et les os du Musulman d'Algérie ne sont pas plus réfractaires que leur peau aux productions néoplasiques malignes.

IV. — Il ne semble pas qne les caractères ethniques, parmi les différentes races qui habitent l'Algérie, puissent conférer à telle ou telle une aptitude ou une inaptitude spéciales à ces tumeurs.

V. — Il semble bien que de tous ces néoplasmes, les plus fréquents soient des tumeurs épitheliales.

Bibliographie

E.-L. BERTHERAND. — La Médecine des Arabes. 1855.

J.-B. BRAULT. — Pathologie et Hygiène des Musulmans d'Algérie. Alger 1905.

— Le Cancer chez les Aborigènes Algériens, in « Congrès des Sociétés Savantes. Avril 1905.

— Les Tumeurs malignes chez les Indigènes, in « Gazette des Hôpitaux ». Août 1905.

— L'Epithélioma chez les Indigènes Musulmans, in Janus. Novembre 1905.

— Géographie des Colonies Françaises, in Janus. 1907-1908.

— Epithélioma du Col utérin et du Vagin chez une Femme Kabyle, in « Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie ». 1909.

— Cancer chez les Indigènes des Colonies.
L'Epithélioma chez les Indigènes Musulmans d'Algérie, in « Province Médicale ». Janv. 1912.

— L'Epithélioma chez les Indigènes Arabes et Kabyles en Algérie, in « Bulletin de la Société de Pathologie Exotique ». 1913.

J.-B. BRAULT. — Contribution à l'Etude de la Chirurgie de l'intestin grêle. — Du Sarcome primitif de l'intestin grêle (Observation inédite avec 2 figures). « Archives Générales de Médecine ». Juillet 1895. Paris.

R. BROC. — Notes sur l'Epithélioma pavimenteux chez les Indigènes Musulmans Tunisiens, in « Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Tunis ». Décembre 1912.

A. CAMBILLET. — Deux observations de Cancer chez les Indigènes, in « Bulletin Médical de l'Algérie ». 1910.

E. CONSEIL. — Le Cancer en Tunisie, in « Bulletin de la Société de Pathologie Exotique ». 1911.

CARRUS. — Thèse. Montpellier 1899.

M. CAZIN. — Le Cancer, in « Revue Encyclopédique ». — Décembre 1896.

DUPLAY et CAZIN. — Les Tumeurs. 1903.

DUSSOURT. — Topographie Médicale d'Orléanville, in « Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie Militaires ». 1853.

GAUDINEAU. — Topographie Médicale de Philippeville, in « Recueils de Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie Militaires ». 1842.

H. GROS. — Un cas de Cancer de la Langue chez une Femme Indigène, in « Bulletin Médical de l'Algérie ». 1908.

H. GROS. — La question du Cancer chez les Musulmans de l'Afrique Septentrionale, in « Bulletin Médical de l'Algérie ». 1912.

L. LECLERC. — Une Mission Médicale en Kabylie. 1864.

E. LEGRAIN. — Notes de Pathologie Spéciale des Indigènes Algériens, in « Revue Médicale de l'Afrique du Nord ». 1899.

MENETRIER. — Cancer.

J. MONTPELLIER. — L'Epithéliome de la Peau chez l'Indigène de l'Algérie, in « Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux ». 24 Décembre 1918.

— La question de l'Epithéliome de la Peau chez l'Indigène de l'Algérie. Stamel, éditeur. Alger 1919.

— Les Tumeurs malignes de la Peau chez les Indigènes de l'Algérie, in « Bulletin de la Société de Pathologie Exotique », 9 Avril 1919.

J. MONTPELLIER et MARCHAND. — Enquête sur les Tumeurs malignes de la Peau chez les Musulmans de l'Afrique du Nord, in « Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie » Novembre 1919.

MARCHAND. — Contribution à l'Etude des Tumeurs malignes de la Peau (Epithéliome et Sarcome) chez les Indigènes de l'Afrique du Nord, in Thèse. Alger 1919.

L. RAYNAUD. — Affections Cutanées et Vénériennes des Berbères de l'Aurès. 1893.

L. RAYNAUD — Les Maladies Cutanées au Maroc. 1901.

— Maladies Cutanées et Vénériennes signalées chez les Indigènes Algériens, in « Revue Médicale de l'Afrique du Nord ». 1898.

ROGER. — Introduction à la Médecine.

L. VAQUIER. — Rareté du Cancer en Tunisie, in « Bulletin et Mémoire de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie ». Congrès 1907.

VEDRENNE — Climatologie générale de la Grande Kabylie, in « Mémoires de Médecine et de Chirurgie Militaires ». 1859.

E. VINCENT. — Exposé Clinique des Maladies des Kahyles. in « Bulletin de la Société de Médecine d'Algérie ». 1861.

WEINBERG. — Enquête sur l'Appendicite en Tunisie, avec quelques documents sur la fréquence des Tumeurs malignes dans la Régence. Archives de l'Institut Pasteur de Tunis 1911.

Vu : Le Président de Thèse,

VINCENT

Vu : Pour le Doyen :

L'Assesseur.

J. HÉRAIL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Alger, le 26 Juin 1920.

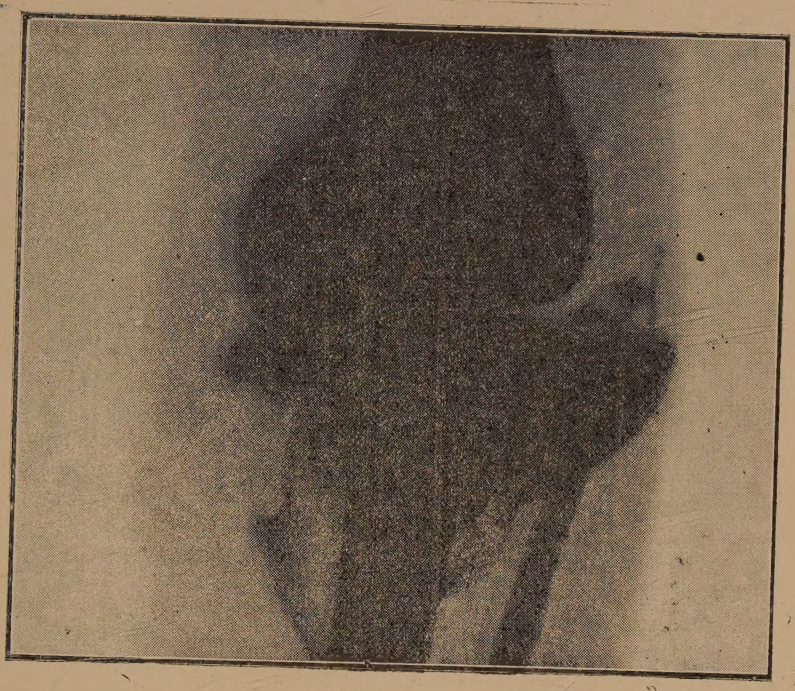
Le Recteur,

ARDAILLON

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Chapitre I. — Historique	13
Chapitre II. — Observations et discussion	17
Chapitre III. - Considérations Etiologiques	51
Chapitre IV. — Conclusions générales	55
Bibliographie	56

Photographie d'une tumeur maligne du triangle de Scarpa
se rapportant à l'Observation I.
(due à l'obligeance de M. le Professeur VINCENT)



Radiographie d'un ostéosarcome du tibia,
se rapportant à l'Observation V.
(due à l'obligeance de M. le Docteur Moggi)

Imp. Crescenzo
ALGER
5, Rue Lulli, 5